



**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DE  
DE L'HÔPITAL LOCAL DE HOUDAN**

**42 rue de Paris  
78550 HOUDAN**

**Février 2004**



---

## SOMMAIRE

---

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION » .....	p.3
<b>PARTIE 1</b>	
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE.....	p.8
<b>PARTIE 2</b>	
DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION .....	p.10
<b>PARTIE 3</b>	
<b>CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION</b>	
<b>I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION</b>	
Synthèse par référentiel.....	p.11
<b>II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION</b>	
<b>II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation.....</b>	<b>p.16</b>
<b>II.2 Modalités de suivi.....</b>	<b>p.16</b>



---

## COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »

---

Le « compte-rendu d'accréditation » dont vous disposez résulte d'une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé (hôpital ou clinique), conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Cette procédure vise à développer les actions relatives à la qualité et à la sécurité des soins au sein de chaque établissement.

Ce compte-rendu présente les résultats de la procédure engagée par l'établissement. Pour en faciliter la lecture quelques informations vous sont proposées ci-dessous.

### **L'ANAES**

***L'ANAES est un établissement public administratif de l'État créé en 1996.***

***Ses missions sont de :***

- ***faire le bilan des connaissances sur les techniques diagnostiques et thérapeutiques ;***
- ***contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins notamment en mettant en œuvre la « procédure d'accréditation » des établissements de santé.***

### **I. QU'EST-CE QUE L'ACCREDITATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?**

L'accréditation est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La procédure d'accréditation est obligatoire et intervient périodiquement.

### **CE QUE N'EST PAS L'ACCREDITATION**

- ***Elle n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.***
- ***Elle ne note pas les médecins, les soignants ou les services.***
- ***Elle ne décide pas de l'attribution de moyens supplémentaires.***



## II. QU'APPORTE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée. Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir des actions prioritaires ;
- faire évoluer leur façon de travailler.

### **dans le but de :**

- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité ;
- contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins (cf. encadré) et des autres services (accueil, hôtellerie, information...).

#### ***APPORT POUR LA QUALITÉ DES SOINS***

- ***L'information de la personne soignée et de sa famille sur les conditions de séjour et sur son état de santé.***
- ***L'amélioration de la sécurité des soins.***
- ***Une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès de la personne soignée.***
- ***La réalisation de soins respectant les bonnes pratiques recommandées.***

## III. COMMENT EST ÉTABLI LE COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation d'un établissement de santé se déroule en plusieurs temps. Elle débute par une évaluation réalisée par les professionnels de cet établissement (appelée « auto-évaluation ») à l'aide d'un manuel\* d'accréditation proposé par l'ANAES. Ce manuel comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels.

Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

\* Le manuel d'accréditation est disponible sur le site Internet de l'ANAES [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).



#### ***LES RÉFÉRENTIELS D'ACCREDITATION***

- 1. Droits et information du patient***
- 2. Dossier du patient***
- 3. Organisation de la prise en charge du patient***
- 4. Management de l'établissement et des secteurs d'activité***
- 5. Gestion des ressources humaines***
- 6. Gestion des fonctions logistiques***
- 7. Gestion du système d'information***
- 8. Qualité et prévention des risques***
- 9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle***
- 10. Surveillance, prévention, contrôle du risque infectieux***

Après l'auto-évaluation, l'ANAES organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés par l'ANAES.

Pour garantir l'indépendance de la procédure d'accréditation, les experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité.

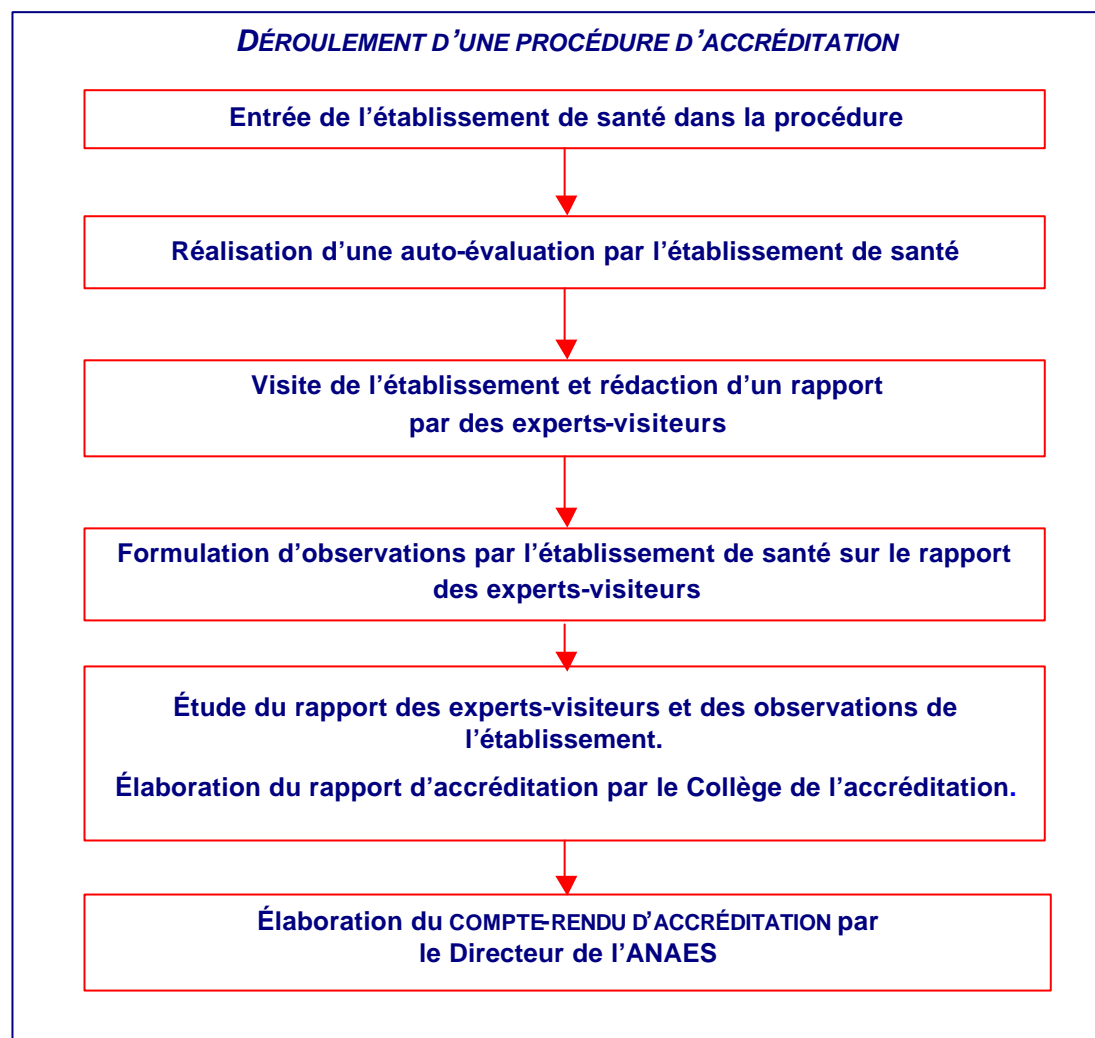
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

#### ***LE COLLÈGE DE L'ACCREDITATION***

***Le Collège de l'accréditation est un groupe composé de 15 professionnels, issus d'établissements de santé (médecins, directeurs, soignants) nommés par le Ministre de la santé.***

Le Collège de l'accréditation établit un « rapport d'accréditation » qui est transmis à l'établissement de santé et à l'autorité dont il dépend dans sa région (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou ARH).

Le directeur de l'ANAES élabore le compte-rendu d'accréditation à partir du rapport d'accréditation du Collège de l'accréditation.





#### IV. QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION ?

Le compte-rendu d'accréditation contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure d'accréditation,
- les conclusions du Collège de l'accréditation sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence une synthèse selon les 10 référentiels.

Dans ses décisions, le Collège de l'accréditation peut émettre :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement pour progresser sur des domaines précisés en perspective de la prochaine procédure ;
- des réserves : constat(s) d'insuffisances sur des domaines précisés et absence de dynamique de progrès ;
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait eu de preuves d'actions correctrices.

Les décisions du Collège de l'accréditation peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRÉCIATIONS	MODALITÉS DE SUIVI
Sans recommandation	Le Collège de l'accréditation encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée.
Avec recommandations	L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par le Collège de l'accréditation en vue de la prochaine procédure.
Avec réserves	L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés dans un délai fixé par le Collège de l'accréditation.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par le Collège de l'accréditation.

\* \*

\*

*Les comptes rendus d'accréditation des établissements de santé ayant conclu leur procédure d'accréditation sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de l'ANAES [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)*



## PARTIE 1

---

### PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

---

La présente procédure d'accréditation concerne :

- L'Hôpital Local de Houdan, **sis 42 rue de Paris - 78550 HOUDAN.**

L'hôpital de Houdan est un établissement public de santé. Il a été classé hôpital local par arrêté du ministre de la Santé et de la Sécurité sociale du 17 octobre 1977. Il fait partie du secteur n° 9 (Yvelines Sud).

Implanté dans une ville d'environ 3 100 habitants, il dessert essentiellement les communes du canton de Houdan (département des Yvelines, région Île-de-France), mais également les communes limitrophes du canton d'Anet (département d'Eure-et-Loir, région Centre).

L'établissement comprend 228 lits et 70 places répartis dans les secteurs suivants :

- médecine gériatrique comportant 20 lits dont 5 formant une unité de soins palliatifs ;
- soins de rééducation et de suite de 11 lits auxquels viendront s'ajouter, dans la deuxième quinzaine d'octobre 2003, 6 lits pour des patients relevant des états végétatifs chroniques ;
- soins de longue durée de 50 lits ;
- un centre de santé intégré comprenant 13 médecins généralistes libéraux et une trentaine de médecins spécialistes ;
- une maison de retraite médicalisée de 141 lits ;
- un service de soins infirmiers à domicile de 70 places.

Les services d'hospitalisation et d'hébergement sont situés sur le même site.

Le service de médecine favorise le maintien et le retour à domicile des patients.

Le service de rééducation et de soins de suite, qui dispose d'un plateau de réadaptation, a lui aussi pour objectif le maintien et le retour à domicile des patients, en consolidant une prise en charge après une situation aiguë.

Le centre de santé, qui a accueilli 41 474 consultants en 2002, a pour mission de développer des prestations médicales de proximité en complémentarité avec la médecine de ville, de recevoir les « petites urgences » et d'assurer une mission de service public dans la prévention des méfaits de l'alcool et du tabac, le suivi des grossesses à risque et l'accueil des personnes en situation de précarité.

Dans le cadre de son activité médicosociale, l'établissement présente la spécificité de posséder à la fois une structure d'hébergement définitif et un pôle complet de maintien à domicile, lui permettant d'apporter une réponse coordonnée de soins de proximité.

La zone d'attraction de l'établissement s'étend dans un rayon de 20 kilomètres autour de Houdan, les patients étant majoritairement yvelinois sauf pour l'unité de soins palliatifs.





L'hôpital a développé une politique de complémentarité avec les centres hospitaliers de Dreux et de Plaisir-Grignon, par des conventions qui portent sur :

- la stérilisation (Dreux) ;
- les soins palliatifs (Dreux) ;
- les urgences (Dreux) ;
- les consultations avancées (Dreux) ;
- les informations médicalisées (Plaisir-Grignon) ;
- l'équipe opérationnelle d'hygiène interhospitalière (Plaisir-Grignon).

Cette complémentarité s'exerce également avec l'hôpital local de Montfort-l'Amaury, l'équipe de direction étant commune aux deux établissements.

Enfin l'établissement participe à une dynamique de réseau, en constituant un maillon important du réseau de coordination gériatrique et en étant membre fondateur d'un réseau de soins palliatifs à domicile : Le Pallium.

Un contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH en 1999 a été majoritairement mis en œuvre. Ses objectifs étaient les suivants :

- renforcer les activités extrahospitalières :
  - créer une unité de soins de première intention (réalisé),
  - mettre en place des consultations de santé publique (réalisé : alcoologie, tabacologie),
  - constituer un lieu d'écoute et d'orientation des populations le plus en difficulté (non réalisé) ;
- créer une unité de soins palliatifs de 5 lits (réalisé) ;
- élaborer un réseau de coordination gériatrique pluripartenarial :
  - renforcer la coordination existante (réalisé),
  - créer une unité d'évaluation gériatrique (réalisé),
  - promouvoir et accompagner l'émergence d'un réseau de soins à vocation gériatrique (non réalisé).

Ce contrat a été complété par d'autres contrats portant sur la création d'un CLIC et d'une équipe médicosociale.



## PARTIE 2

---

### DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

---

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 14 janvier 2003.

Cette procédure a donné lieu à une autoévaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 23 septembre 2003 au 26 septembre 2003 par une équipe multiprofessionnelle de 3 experts-visiteurs mandatée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

A l'issue de cette visite un rapport des experts a été communiqué à l'établissement qui a formulé ses observations auprès de l'ANAES.

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement audit rapport ont été communiqués pour délibération au Collège de l'accréditation **en février 2004**.

#### Après avoir pris connaissance :

- **du rapport des experts, et plus particulièrement des modalités de réalisation de l'auto-évaluation et de la visite, de la mise à disposition des documents de synthèse sur la sécurité et du suivi des recommandations faites par les organismes de contrôle,**
- **des observations et informations complémentaires au rapport des experts fournies par l'établissement,**

**le Collège de l'accréditation décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure d'accréditation.**



## PARTIE 3

---

# CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

---

## I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

### Synthèse par référentiel

#### I.1 Droits et information du patient

L'établissement dans ses différents secteurs d'activité a pris en compte la charte des droits des patients. Toutefois elle n'est pas toujours affichée dans les chambres.

Si l'intimité du patient est respectée dans les chambres individuelles et au centre de santé, une réflexion doit être menée sur ce point dans les chambres doubles.

L'établissement accueille tous les patients sans distinction de condition ou de couverture sociale ou les dirige vers la structure de soins adaptée s'il ne peut le prendre en charge en raison de la pathologie.

Le patient reçoit des informations sur les conditions de son séjour.

En ce qui concerne l'information médicale, elle est donnée oralement, mais sa traçabilité n'est pas formalisée dans le dossier du patient.

Des moyens de surveillance et d'organisation ont été prévus pour apprécier le respect des droits des patients.

Toutefois, une culture de l'écrit débutante entrave la mise en place d'une politique mesurable et améliorabile de dynamique qualité, notamment pour l'évaluation du respect des droits du patient et de sa bonne information et celle de sa famille. Le manque de définition d'indicateurs n'a pas permis la mesure de la bonne application des règles édictées.



## I.2 Dossier du patient

Un dynamisme du dossier du patient a été entreprise par un groupe multidisciplinaire qui continue en permanence son action d'amélioration continue du dossier, ce qui a permis l'élaboration d'un document unique partagé, accompagné d'un guide d'utilisation.

Une sensibilisation sur les règles de confidentialité est effectuée à l'embauche ou par l'intermédiaire du livret d'accueil du personnel. La liste des documents confidentiels, notamment à caractère médical, devant être détruits n'est pas définie.

Les prescriptions médicales sont rédigées, datées et signées par les médecins, sauf pour celles à l'intention de certains personnels médicotechniques (kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne) qui ne sont pas systématiquement écrites.

Le contenu du dossier de chaque patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels. Toutefois la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque n'apparaît pas.

L'évaluation du dossier du patient n'est pas définie, la Commission médicale d'établissement devant débattre prochainement de ce point notamment pour la partie médicale.

Un contrôle partiel de conformité, portant sur les données Programme de médicalisation du système d'information, est réalisé par le médecin DIM sur échantillon de dossiers.

## I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Depuis 1999 c'est le contrat d'objectifs et de moyens qui fixe les grandes orientations dans la prise en charge du patient. La démarche qualité a abouti à la rédaction d'un projet médical. Des projets de service ont été rédigés (médecine, moyen séjour, USP, USLD). Le projet de soins est cours d'élaboration.

L'établissement a mis en place une prise en charge coordonnée et multidisciplinaire des besoins spécifiques des patients notamment les soins palliatifs ainsi qu'une organisation du retour à domicile du patient reposant sur la coordination gériatrique regroupant les professionnels concernés.

La rédaction de protocoles médicaux a été entreprise et doit être généralisée. L'évaluation des pratiques professionnelles est à développer.

Une énergique politique de communication sur les activités de l'établissement a été entreprise auprès du public et des professionnels et devra être évaluée et régulièrement améliorée.



#### I.4 Management de l'établissement et des secteurs d'activité

Le projet d'établissement du CH de Houdan est en cours de réactualisation. Il doit intégrer les différents projets : de gestion, social, de formation, de soins infirmiers et du système d'information. Le projet médical a été approuvé par la commission médicale d'établissement. Des projets médicaux par services ont été validés en commission médicale d'établissement (médecine, moyen séjour, USP, USLD).

Les personnels et les instances participent à la définition des orientations, mais la commission du service de soins infirmiers ne s'est pas réunie depuis fin 2001. La structure organisationnelle et l'organigramme sont connus.

Un chargé de communication a été recruté. L'établissement a récemment adopté le plan de communication.

Une stratégie pluriannuelle de financement a été définie. Des audits financiers ont été réalisés. Les choix budgétaires sont effectués en collaboration avec les chefs de service. La comptabilité analytique est à mettre en place. L'établissement doit développer des outils de pilotage en concertation avec les différents secteurs d'activité.

Les objectifs de chaque secteur découlent des orientations de l'établissement. L'expression des personnels est recherchée, mais les conseils de service ne sont pas constitués. La place et le rôle de tous les responsables sont définis.

L'évaluation de la réalisation des orientations stratégiques de l'établissement est à formaliser.

#### I.5 Gestion des ressources humaines

Si de nombreuses actions sont en cours en matière de gestion des ressources humaines, le projet social de l'établissement n'est pas élaboré, la direction prévoyant sa rédaction dans le quatrième trimestre 2003. Le dialogue social est organisé et intégré.

La commission médicale d'établissement exerce ses missions, mais son règlement intérieur reste à établir ainsi que celui du comité technique d'établissement et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

La formalisation de la procédure d'accueil des nouveaux professionnels est en cours. La procédure d'évaluation annuelle est organisée et généralisée à l'ensemble des agents, chacun ayant un entretien avec son responsable. Le recueil et l'analyse systématiques des besoins en formations permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence du personnel et se traduit chaque année par des actions de promotion professionnelle. L'établissement a mis en œuvre 3 plans d'amélioration des conditions de travail.

Il est prévu d'élargir les enquêtes de satisfaction sur l'ensemble des axes de la GRH.



## I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'approvisionnement de l'établissement est adapté à son activité. Il est réalisé à périodicité définie selon les besoins des secteurs utilisateurs. La sécurité des bâtiments et des installations est organisée. La politique de maintenance reste à formaliser.

La fonction restauration respecte les règles d'hygiène. La méthode *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques) mise en place avec l'aide d'un consultant est à prolonger jusque dans les offices alimentaires.

L'établissement a confié le traitement du linge à un prestataire extérieur. Il doit s'assurer de la qualité du traitement effectué. Le nettoyage des locaux et équipements est conforme à la politique de sécurité et d'hygiène. Les protocoles relatifs à la fonction transport sont à rédiger.

Chaque catégorie de déchets est traitée de façon adaptée. Des contrats spécifiques sont signés avec les prestataires externes pour leur élimination. L'établissement a prévu la rédaction des protocoles d'alerte en ce qui concerne la sécurité des biens et des personnes. Il a organisé la sécurité des personnes contre l'incendie. La politique d'évaluation des prestations logistiques est à formaliser.

## I.7 Gestion du système d'information

Il existe un schéma directeur essentiellement informatique, élaboré en 1999, suite à une démarche participative et qui est en cours d'exécution après avoir fait l'objet d'adaptations. Les personnels sont associés à sa mise en œuvre et les instances sont tenues informées.

Toutefois l'élaboration d'un nouveau schéma directeur portant sur le système global d'information n'est pas véritablement envisagée.

Le recueil d'informations sur les besoins et la satisfaction des utilisateurs et l'étude systématique des dysfonctionnements sont à mettre en place.

Les modalités d'évaluation devront être généralisées et formalisées en association étroite avec les personnels.

## I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La dynamique qualité est présente dans l'établissement, suite à la forte implication de la direction.

La démarche d'accréditation a permis d'impulser un nouvel élan à la démarche qualité et de poursuivre la sensibilisation et la formation des personnels dans ce domaine. Le groupe projet a élaboré un plan d'amélioration de la qualité à partir des travaux des groupes d'auto-évaluation. Une cellule qualité a été mise en place, mais sans que le rôle ne soit clairement défini.

La formalisation de la démarche qualité doit être poursuivie, notamment dans la définition des structures concernées et dans la gestion documentaire.

Un programme de prévention et de gestion des risques est à élaborer.

L'évaluation devra être développée et intégrée, en associant les personnels, dans le programme d'amélioration de la qualité et celui de prévention des risques.



#### I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La direction a structuré les activités de vigilances et de sécurité transfusionnelle. Elle a étendu les missions du comité de lutte contre les infections nosocomiales à l'ensemble des vigilances. Cette évolution a été validée par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Des conventions sont signées avec l'hôpital de Dreux pour la transfusion sanguine et la stérilisation.

Un protocole de transfusion sanguine a été rédigé. Le système de signalement matériovigilance et pharmacovigilance doit faire l'objet d'un protocole formalisé.

L'approvisionnement en produit sanguin labile est fiable. Le personnel a reçu une formation au contrôle ultime par le CH de Dreux. Les conduites à tenir en cas d'incidents sont connues.

La direction a la volonté de développer les pratiques de vigilances sanitaires et de sécurité transfusionnelle. Elle a récemment demandé l'évaluation du processus transfusionnel par des experts extérieurs. L'évaluation doit s'étendre à l'ensemble des vigilances sanitaires.

#### I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La création du comité de lutte contre les infections nosocomiales en 2000 et de l'équipe opérationnelle d'hygiène a permis de définir et de commencer la mise en œuvre d'une politique de maîtrise du risque infectieux. La dynamique qualité semble en être à une phase de mise en place, mais beaucoup d'actions ponctuelles ont été réalisées dans le but d'assurer rapidement la sécurité du patient. Il convient de développer la communication sur la politique du comité de lutte contre les infections nosocomiales et de le consulter avant la réalisation de travaux et l'acquisition de matériels. Un effort particulier doit être entrepris dans le développement d'indicateurs permettant par la suite, la surveillance et l'évaluation de l'action du comité de lutte contre les infections nosocomiales.



## **II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION**

### **II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation**

- Assurer la traçabilité des informations données au patient sur son état de santé et les soins pratiqués, ainsi que du recueil du consentement du patient et de la réflexion bénéfices-risques ;
- Elaborer le projet d'établissement en intégrant ses différents volets : projet de gestion, projet social, projet de formation, projet de soins infirmiers, projet du système d'information et formaliser l'évaluation de sa réalisation ;
- Structurer et évaluer la politique de gestion de la qualité et de prévention des risques.

### **II.2 Modalités de suivi**

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport d'accréditation issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, le Collège de l'accréditation décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, le Collège de l'accréditation décide qu'il fait l'objet des recommandations mentionnées ci-dessus.

L'établissement met en œuvre les actions correctives et en assure le suivi en perspective de la prochaine procédure d'accréditation.